

健康保険

被保険者資格取得届  
(兼勤務地届)

専務理事	常務理事	事務局長	業務部長	課長	係長	主任	係

[記入上の注意]

- ア. 氏名には必ずフリガナをつけてください。
- イ. 事業所の所在地および名称は、もれなく記載してください。
- ウ. 勤務地(店舗名および店舗コード)を記入してください。
- エ. ※印は記入しないでください。
- オ. 個人番号を必ず記入してください。

届書種別	健康保険被保険者証の記号	保険料納入告知書の番号									
200											
被保険者証の番号	被保険者の氏名		被保険者の生年月日	種別(性別)	勤務地	資格取得の年月日 (入社した日など)	資格確認書発行要否	ア 金銭によるものの額	標準報酬月額額	被扶養者届の添付の有・無	備考
	フリガナ							イ 現物によるものの額			
	氏名							ウ 合計			
第 号			年 月 日		第 号	令和	<input type="checkbox"/>	ア 円	健 千円		
					(店舗名)	(店舗コード)	発行が必要	イ 円	年 千円		
								ウ 円			
個人番号			被保険者住所		〒		<input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 短時間労働者(3/4未満) (該当する場合は✓を入れて下さい)				
第 号			年 月 日		第 号	令和	<input type="checkbox"/>	ア 円	健 千円		
					(店舗名)	(店舗コード)	発行が必要	イ 円	年 千円		
								ウ 円			
個人番号			被保険者住所		〒		<input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 短時間労働者(3/4未満) (該当する場合は✓を入れて下さい)				
第 号			年 月 日		第 号	令和	<input type="checkbox"/>	ア 円	健 千円		
					(店舗名)	(店舗コード)	発行が必要	イ 円	年 千円		
								ウ 円			
個人番号			被保険者住所		〒		<input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 短時間労働者(3/4未満) (該当する場合は✓を入れて下さい)				
第 号			年 月 日		第 号	令和	<input type="checkbox"/>	ア 円	健 千円		
					(店舗名)	(店舗コード)	発行が必要	イ 円	年 千円		
								ウ 円			
個人番号			被保険者住所		〒		<input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 短時間労働者(3/4未満) (該当する場合は✓を入れて下さい)				

令和 年 月 日提出

※ 月分保険料 ( 月告知書発送) で計算します。

確認日付印

受付日付印

係	処理

事業所 所在地  
名称  
事業主 氏名